

ZPRÁVA O LÉKAŘSKÉ PROHLÍDCE				1. DATUM VYŠETŘENÍ (YYYY/MM/DD)		2. ARMADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO OSOBY							
PROHLÁSENÍ O OCHRANĚ SOUKROMÍ AUTORITA: Tento formulář je požadován na základě několika článků amerického federálního práva, včetně 10 U.S.C. 504, 505, 507, 532, 978 a 1201. HLAVNÍ ÚČEL: Slouží k shromažďování zdravotních údajů pro posouzení způsobilosti k nástupu, povýšení, udržení nebo uvolnění ze služby v ozbrojených silách. POSKYTNUTÍ ÚDAJŮ: Je dobrovolné, ale neposkytnutí informací může vést k prodlžení nebo odmítnutí přijetí do služby.													
3. PŘIJMENÍ – JMÉNO – PROSTŘEDNÍ JMÉNO			4. ADRESA DOMOVA (Ulice, Číslo bytu, Město, Stát)			5a. TELEFONÍ ČÍSLO		5b. E-MAILOVÁ ADRESA					
6. HODNOST		7. DATUM NAROZENÍ (YYYY/MM/DD)		8. VĚK		9. POHLAVÍ ☐ Muž ☐ Žena		10a. ETNICKÁ KATEGORIE ☐ Hispánec ☐ Ne-Hispánec		10b. RASOVÁ KATEGORIE (Vyberte jednu) ☐ Americký indián ☐ Černocho nebo afroameričan ☐ Domorodý Havajec nebo jiný tichomořský ostrovan ☐ Asiat ☐ Běloch			
11. SLUŽEBNÍ HISTORIE a. VOJENSKÁ b. CIVILNÍ			12. AGENTÚRA (Pouze pro nevojenské osoby)				13. ORGANIZAČNÍ JEDNOTKA A KÓD UIC						
14a. LETECKÉ OPRAVNĚNÍ (Pouze pro piloty)				14b. CELKOVÁ DOBA LETU			14c. POSLEDNÍCH ŠEST MĚSÍCŮ						
15a. SLUŽBA ☐ Armáda ☐ Letectvo ☐ Námořnictvo ☐ Pobřežní hlídka		15b. SLOŽKA ☐ Aktivní služba ☐ Záloha ☐ Národní garda		15c. ÚČEL VYŠETŘENÍ ☐ Nástup ☐ Komise ☐ Retence ☐ Oddělení ☐ Ostatní ☐ Odchod do důchodu ☐ U.S. Service Academy ☐ Stipendijní program ROTC ☐ Lékařská rada			16. NÁZEV VYŠETŘOVACÍHO MÍSTA A ADRESA						
LÉKAŘSKÉ VYŠETŘENÍ (Každá položka se hodnotí jako "Normální", "Abnormální" nebo "Ne" - nevyšetřeno)						37. ZUBNÍ VADY A ONEMOCNĚNÍ (Pokud je uvedeno nepřijatelné uveďte Důvod v bodu 38.)			Přijatelné Nepřijatelné Class				
						Normální			Abnormální			NE	
17. Hlava, obličej, krk, vlasová pokožka													
18. Nos													
19. Dásně a hrdlo													
20. Uši - Obecně (vnitřní a vnější kanály/sluchová ostrost)													
21. Oči – Obecně (oční pohyby, zorničky)													
22. Srdce (talk, velikost, rytmus)													
23. Plíce a hrudník (Včetně prsou)													
24. Cévní system													
25. Anus a konečník (hemoroidy, píštěle) (prostata, pokud je to indikováno)													
26. Břicho a vnitřnosti (včetně kýly)													
27. Vnější genitálie (genitourinární)													
28. Horní končetiny													
29. Dolní končetiny													
30. Páteř, ostatní pohybový aparát													
31. Tělesná znaménka, jizvy, tetování													
32. Kůže, lymfatika													
33. Neurologické													
34. Psychiatrické (uveďte jakoukoli poruchu osobnosti)													
35. Gynekologie (pouze ženy)													
36. Endokrinní													
						38. POZNÁMKY: (Povinný komentář pro každou abnormalitu identifikovanou v položkách 17 - 36. Před každou poznámku zadejte příslušné číslo položky. Pokračujte v komentářích nebo použijte výkresy v bodu 74 a v případě potřeby použijte další listy.)							

PŘÍJMENÍ – JMÉNO – PROSTŘEDNÍ JMÉNO				ARMÁDNÍ IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO OSOBY											
LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ															
39. Moč		a. Bílkoviny		b. Cukr		40. Těhotenský test (HCG)		41. Krevní skupina							
TESTY		VÝSLEDKY			ID ŠTÍTEK VZORKU HIV		ID ŠTÍTEK TESTOVACÍHO VZORKU NA DROGY								
42. HIV															
43. DROGY															
44. ALKOHOL															
45. OSTATNÍ															
a. EKG															
b. CXR															
MĚŘENÍ A DALŠÍ ZJIŠTĚNÍ															
46. VÝSKA (cm.)		47. VÁHA (kg.)		48a. MIN VÁHA	48b. MAX VÁHA	48d. BMI		49. TEPLOTA		50. SRDEČNÍ FREKVENCE					
51. KREVNÍ TLAK					52. ČERVENÁ/ZELENÁ			53. JINÁ ZKOUŠKA ZRAKU							
a. 1ST		b. 2ND		c. 3RD											
SYS.		SYS.		SYS.											
DIAS.		DIAS.		DIAS.											
54. PRIORITNÍ RUKA (Vyberte z možností)			55. BAREVNÉ VIDĚNÍ (úspěšné/neúspěšné a skóre)				56. VIDĚNÍ NA DÁLKU (Vyberte z možností)								
Pravá		Levá		PIP		RED/ GREEN		Color Dx		Myopie		Emetropie		Hyperopie	
57. ZORNÉ POLE						58. NOČNÍ VIDĚNÍ									
59. POZNÁMKY A/NEBO INTERVALOVÁ HISTORIE															

PŘÍJMENÍ – JMÉNO – PROSTŘEDNÍ JMÉNO		ARMÁDNÍ IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO OSOBY	
60. ZKOUŠENÝ ☐ Je zdravotně způsobilý ☐ Nemí zdravotně způsobilý		61. Byl jsem informován o svém diskvalifikačním stavu (podmínkách). 61a. PODPIS ZKOUŠENÉHO 61b. DATUM (YYYY/MM/DD)	
62. SHRUTÍ LÉKAŘSKÝCH DIAGNÓZ (Seznam diagnóz s čísly položek) (V případě potřeby použijte další listy).			
63. DOPORUČENÍ (Upřesněte) (V případě potřeby použijte další listy).			
64a. JMÉNO LÉKAŘE NEBO ZKOUŠEJÍCÍHO LÉKAŘE		64b. Podpis	
65a. JMÉNO LÉKAŘE NEBO ZKOUŠEJÍCÍHO LÉKAŘE		65b. Podpis	
66a. JMÉNO LÉKAŘE NEBO ZKOUŠEJÍCÍHO LÉKAŘE		66b. Podpis	
67a. JMÉNO LÉKAŘE NEBO ZKOUŠEJÍCÍHO LÉKAŘE		67b. Podpis	
68a. JMÉNO LÉKAŘE NEBO ZKOUŠEJÍCÍHO LÉKAŘE		68b. Podpis	
69a. JMÉNO ZUBNÍHO LÉKAŘE NEBO LÉKAŘE (Uveďte jaký)		69b. Podpis	
70a. JMÉNO KONTROLNÍHO ÚŘEDNÍKA / SCHVALUJÍCÍHO ORGÁNU (Uveďte který)		70b. Podpis	
71. Toto přezkoumání bylo administrativně přezkoumáno z hlediska úplnosti a přesnosti.			
a. PODPIS		b. STUPEŇ	
c. DATUM (YYYY/MM/DD)			
72. BYLA UDĚLENA VÝJIMKA (Pokud ano, uveďte datum a osobu, která ji schválila)		ANO ☐	NE ☐
		73. POČET PŘILOŽENÝCH LISTŮ	

74. DALŠÍ POZNÁMKY